

**DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y
AUTORIZACIÓN PARA LA TARJETA DE
PAGO ELECTRÓNICO (TARJETA EPC)**

Lea y firme a continuación si para recibir los pagos de Sustento de Menores a través de la tarjeta de pago electrónico (EPC).

Autorizo al Departamento de Seguridad Económica (DES), División para el Sustento de Menores (DCSE, por sus iniciales en inglés) o a su agente designado para acreditar y, si fuera necesario, debitar y ajustar cualquier crédito efectuado por error a la cuenta señalada en la solicitud y, acreditar, y/o debitar dicha cuenta para fines de pagos de pensión.

Esta autorización permanecerá vigente y en efecto hasta que la DCSE haya recibido una notificación escrita de mi parte respecto a su cancelación con el tiempo y de forma que la DCSE tenga la oportunidad de responder a la notificación. La DCSE o su agente también pueden cancelar esta autorización mediante el envío por correo de la notificación a la última dirección de correo que he suministrado a la DCSE o a su agente.

MANTENDRÉ INFORMADA A LA DIVISIÓN PARA EL SUSTENTO DE MENORES DE CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO. ENTIENDO QUE NO HACERLO RESULTARÁ EN PAGOS DE SUSTENTO NO ENTREGADOS.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Llene ambos lados de este formulario y devuélvalo a:

**DCSE
ELECTRONIC PAYMENT CARD
PO BOX 36626
PHOENIX, AZ 85067-6626**



hild Support
Worth Every Penny

**TARJETA
DE PAGO
ELECTRÓNICO
ARIZONA (EPC)**



Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, comuníquese con (602) 252-4045.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades.



hild Support
Worth Every Penny

Division of Child Support Enforcement
PO Box 36626
Phoenix, AZ 85067-6626
(602) 252-4045
1-(800) 882-4151 (fuera del condado Maricopa)

- **RECIBA SU DINERO MÁS RÁPIDO**
- **MÁS SEGURO QUE LOS CHEQUES EN PAPEL**
- **SIN NECESIDAD DE REALIZAR VIAJES ADICIONALES AL BANCO O HACER LARGAS FILAS**
- **EVITE LOS CARGOS POR EL CAMBIO DE CHEQUES**

